Nr 2 (og. zb. 30) Warszawa, czerwiec 1939 r. Tom IX.

Gastrologja Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO I PRZEMIANY MATERII.

REDAKTOR: Dr BRONISŁAW WEJNERT.
WYDAWCA: Dr IGNACY GRUNDZACH.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 8-15-12, od 10 do 11.
Administracja: Towarowa 2/4, Drukarnia „SIŁA", tel. 3.34-86.
Roczna przedpłata za tom (4 zeszyty) zł 8.—
Konto czekowe P. K. O. Nr 17-285.

W A R S Z A W A
1 9 3 9

8. zb. 30) Warszawa, czerwiec 1939 r. Tom VIII.

Gastrologia Polska

Wydawca: Dr I. Grundzach. **Redaktor: Dr med. B. Wejnert.**

(Z oddz. chirurgicznego Szpitala Ubezp. Społ. w Warszawie).
Kierownik Dr Edw. Witkowski.

Zespolenie żołądkowo-jelitowe, powikłane ciężkim krwiotokiem z wrzodu dwunastnicy.

Podali
Dr Fr. NIEWIADOMSKI i Dr J. ROSENFELD.

Mamy zaszczyt przedstawić przypadek, może na szczęście niezbyt częstego, ale wielce pouczającego powikłania, jakie nastąpiło po założeniu zwykłego zespolenia żołądkowo-jelitowego przy krwawiącym wrzodzie dwunastnicy.

Dotyczy on chorego lat 30, z zawodu szewca, który od 8 lat skarży się na kłujące bóle w dołku podsercowym, występujące ze szczególnym natężeniem pod wieczór i 1—2 godz. po jedzeniu. Podczas bólów ma mdłości i czasami wymioty. Poza tym uskarża się na odbijania kwaśne i zgagę.

Z początku bóle występowały sporadycznie. Dopiero przed 6-oma tygodniami nastąpiło znaczne pogorszenie. Bóle występowały prawie że regularnie po każdym posiłku. Jednocześnie zjawiły się wymioty fusowate i stolce czarne, smołowate. Ostatnio chory schudł znacznie, stracił około 8 kgr. na wadze. Jest bardzo osłabiony.

Stolce naprzemian zaparte i wolne. Mocz oddaje prawidłowo bez bólu i parcia. Nie kaszle. Z chorób przebytych podaje tylko

zapalenie płuc, przebyte zresztą w dzieciństwie. Wywiad rodzinny bez znaczenia.

Stan obecny:

Chory przytomny, wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia upośledzonego, wychudzony i bardzo blady, osłabiony. Źrenice równe, okrągłe, reagują prawidłowo na światło. Język wilgotny, obłożony. Śluzówki widoczne, blade. Klatka piersiowa symetryczna. Granice płuc prawidłowe, wypuk jawny. Osłuchowo — oddech pęcherzykowy. Serce w granicach normy. Tony serca nieco głuche, czyste, akcja miarowa. Tętno na tętnicy promieniowej miernie napięte i wypełnione, 60 na min. Brzuch symetrycznie wysklepiony. Wątroba i śledziona niemacalne. Stwierdza się silną bolesność uciskową w okolicy dołka podsercowego. Objaw Blumberga ujemny. Uderzenie w okolicę nerek niebolesne. W zakresie kończyn zmian się nie stwierdza. Odruchy fizjologiczne zachowane, patologicznych nie stwierdzono. Badanie rentgenologiczne wykazuje: Żołądek hipotoniczny, nieco rozszerzony. Krzywiczny dobrze zarysowane. Opuszka dwunastnicy zniekształcona, z niszą wielkości grochu. Okolica opuszki bolesna przy ucisku. Po 5-iu godz. około $^1/_6$ zawartości zalega w żołądku. Rozp.: Ulcus duodeni. W kale — próba benzydynowa wyraźnie dodatnia. W moczu — żadnych zmian patologicznych nie wykryto. Badanie zawartości żołądkowej: naczczo — kwasota ogólna 50, HCl — wolny 35, po śniadaniu próbnym Ewal'a — kwasota ogólna 66, wolny kwas solny 47, próba benzydynowa wyraźnie dodatnia. Badanie krwi: Ilość mocznika we krwi 60 mg%. Morfologia: Hemoglobina 99%, erytrocytów — 4.750.000 w 1 mm^3, leukocytów 5.800 w 1 mm^3, wskaźnik barwliwości 1. Obraz białych: kwasochłonnych 3%, limfocytów 26%, monocytów 6%, obojętnochłonnych wielojądrowców 65%. Badanie plwociny — prątków Kocha nie wykazało.

Dnia 27 stycznia 1939 r. dokonano operacji, przebieg której był następujący: Po uprzednim podaniu choremu dożylnie inj. scopolamin-eukodal-ephetonin w ilości 0,7 cm^3, w znieczuleniu miejscowym, novocainą 0,5% cięciem środkowym nadpępkowym otwarto jamę brzuszną. Stwierdzono żołądek mały, gładki, ułożony pra-

widłowo. Część odźwiernikowa oraz I-a część dwunastnicy, stwardniałe i bliznowato zmienione.

Wciągnięcie wrzodowe mieści się daleko na dwunastnicy (pars horirontalis). Wobec braku nadmiernej nadkwaśności w zawartości żołądkowej i umiejscowienia wrzodu (obawa przed niemożnością zakapciuchowania kikutu dwunastnicy po resekcji) ograniczono się do założenia zespolenia jelitowo-żołądkowego w sposób typowy. Szwy piętrowe. Klamerki na skórę.

Tuż po zabiegu chory otrzymał inj. 100 cm³ glukozy 20% oraz 40 cm³ 20% roztworu soli do żyły. Kroplówka. W ciągu nocy z 27.I na 28.I chory dostał krwotoku żołądkowego i zwymiotował 7 pełnych podstawek krwi ciemnej.

28 stycznia rano: Chory blady. Ciepłota ciała 37° j. Tętno mimo to dość dobrze napięte, 60 na min. Dokonano przetaczania krwi w ilości 250 cm³ oraz wstrzyknięto domięśniowo 20 cm³ coagulenu. Stan chorego po transfuzji się poprawił. Jednak po upływie 1 godz. chory znów zwymiotował pełną podstawkę krwi ciemnej. Zalecono inj. calcii-chlorati dożylnie oraz lód na brzuch. Do wieczora utrzymywał się względny stan zadawalniający. Około godz. 17-ej chory znów zwymiotował sporo krwi ciemnej. Wobec pogarszającego się stanu chorego zdecydowano dokonać relaparatomii celem wykrycia przyczyny krwawienia. Tuż przed wtórną operacją choremu przetoczono po raz wtóry 300 cm³ krwi.

Operacja.

W uśpieniu dożylnym sennarcolem (zużyto 0,5 gr) otwarto jamę brzuszną. Stan zespolenia dobry. Wobec tego, że pętla odprowadzająca wydała się być nieco spadniętą, założono dodatkowe zespolenie jelitowo-jelitowe modo Braun'a. Następnie otwarto żołądek i zawartość jego wydobyto wysysaczem elektrycznym (około ½ litra płynnej czarnej krwi).

Skontrolowano od wewnątrz zespolenie. Żadnego prawie krwawienia nie stwierdzono. Nie mniej jednak obszyto szwem ciągłym dodatkowo zespolenie.

Od strony dwunastnicy stwierdzono dość obficie wydobywającą się krew czystą czerwoną. Próba podwiązania naczyń okolicy odźwiernikowej nie zatrzymała krwotoku. Wobec tego dokonano

resekcji dwunastnicy przy czym kikut dwunastnicy z trudnością zakapciuchowano. Powłoki brzuszne zaszyto szwami piętrowymi.

W czasie zabiegu chory otrzymał około 400 cm^3 soli fizjol. oraz 100 cm^3 glukozy 20% i ¼ mgr ouabainy dożylnie.

Nazajutrz stan chorego się nieco poprawił, nie wymiotował więcej. Przez dalsze dni otrzymywał codzienne wlewki glukozy dożylnie, kroplówkę, cebion i hepatogen.

Badanie anatomo-patolog. wycinka dwunastnicy wykazało: (Zakł. Anat. Patol. Uniwers. J. P. L. p. 21446 z dnia 4.II.1939 r.): głęboki ubytek, którego dno stanowi tkanka martwiczo zmieniona z licznymi naciekami białych ciałek krwi z jądrami wielopłatowymi. Ściany tego ubytku utworzone są ze śluzówki. Wśród tkanki łącznej spostrzega się liczne nacieki z limfocytów, w mięśniówce liczne wylewy krwawe.

4-go lutego — tj. w 8 dni po radykalnej operacji zmiana opatr. Z rany operacyjnej wydobywa się zawartość śluzowo-ropna, podbarwiona żółcią. T. 38°.

6-go lutego. Badanie krwi wykazało: — Hemoglobina 51%, Erytrocytów 2.480.000, Leukocytów 6.600, Wskaźnik barwliw. 1.

Z rany operacyjnej wydobywa się obficie zawartość płynna, podbarwiona żółcią i silnie żrąca. Skóra dookoła rany pokryta czerwonymi wypryskami. Rozpoznajemy przetokę dwunastniczą.

Opatrunki były wykonywane z początku codziennie, potem w miarę jak wydzielina się zmniejszała — rzadziej. Wreszcie w 30 dni po operacji przetoka się całkowicie zamknęła samoistnie.

Pacjent czuje się dobrze. Łaknienie dobre. Obraz krwi przedstawia się jak następuje: — Hemoglobina 60%, Erytrocyty 3430.000, Wskaźnik barw. 0,9, Leukocyty 6.200.

W dniu 27 lutego chory został wypisany ze szpitala w stanie dobrym z raną całkowicie zagojoną.

Analizując nasz przypadek, musimy przede wszystkim odpowiedzieć na ewentualny zarzut, dlaczego nie wykonaliśmy pierwotnie częściowego wycięcia dwunastnicy i żołądka?

Zasadniczo jesteśmy dziś jednomyślni pod tym względem, że w przypadkach odpowiednich należy wykonać zabieg więcej doszczętny tzn. wycięcie.

Nasz przypadek jednak do tych odpowiednich zaliczyć trudno. Umieszczenie wrzodu dość daleko od odźwiernika i rozległość nacieku okolicy owrzodzenia w ścianie XII-cy, utrudniały orientację co do możliwości należytego zamknięcia dwunastnicy, bez uszkodzenia dróg żółciowych i przemawiały przeciw zastosowaniu metody doszczętnej. Utrwalił nas w tym przekonaniu ogólny stan chorego, pozostawiający wiele do życzenia, oraz normalne rozmiary żołądka i brak wyraźnej nadkwaśności. — Rezygnując z radykalnego sposobu operacyjnego, ograniczyliśmy się do zabiegu najłagodniejszego, t.j. do zwykłego zespolenia.

Może biorąc pod uwagę uporczywe krwawienie stolcem, należało przynajmniej myśleć o możliwości podobnego powikłania i podwiązać przynajmniej doprowadzające naczynia. Usprawiedliwia nas do pierwszego stopnia brak wyraźnej niedokrwistości, potwierdzonej normalnym obrazem krwi.

Decyzja powtórnego wkroczenia chirurgicznego w chwili, kiedy doszliśmy do przekonania, że samym przetaczaniem krwi nie opanujemy sytuacji, okazało się zbawienną dla chorego.

Relaparatomia miała na celu wykrycie powodu krwawienia, gdyż przed tym nie byliśmy w stanie rozpoznać, czy krwawi wrzód czy jakieś większe naczynie w pierścieniu zespoleniowym.

W momencie stwierdzenia obfitego krwawienia z dwunastnicy byliśmy zmuszeni przystąpić do resekcji częściowej dwunastnicy i części przyodźwiernikowej żołądka, mimo tych samych trudności jakie przewidywaliśmy przy pierwszym zabiegu. Sytuacja się bowiem zmieniła. Pierwszy zabieg miał być aktem leczniczym. Drugi był wykonany w celu ratowania uciekającego życia. Że te trudności techniczne istniały, świadczy o tym następcza przetoka dwunastnicza, spowodowana niemożnością założenia szczelnego szwu na kikucie dwunastnicy. Niewątpliwie ponowny zabieg był uproszczony tym, że uprzednio było założone zespolenie.

Analiza wyżej opisanego przypadku nasuwa nam pewne wnioski, które by mogły wpłynąć na naszą linię postępowania na przyszłość.

W n i o s k i.

1) W celu racjonalnego leczenia chirurgicznego wrzodu dwunastnicy i uniknięcia podobnych powikłań pooperacyjnych, należy wykonać resekcję żołądka i części dwunastnicy (*duodeno-gastrectomia*).

2) W przypadkach krwawiących wrzodów dwunastnicy (stwierdzonych kilkakrotną analizą kału) i w których ze względu na trudności techniczne nie jesteśmy w stanie n a l e ż y c i e wykonać wycięcia, należałoby uzupełnić zespolenie podwiązaniem naczyń okolicy nacieku i wrzodu.

3) Jeżeli mimo przetoczenia jedno lub dwukrotnego, krwotok nie ustaje, należy nie zwlekać z operacją, gdyż tylko tą drogą możemy uratować chorego.

4) Tyczy się to nie tylko przypadków krwotoku jako powikłanie pooperacyjne, ale i w tej samej mierze chorych z ciężkim i powtarzającym się krwotokiem na tle choroby wrzodowej.

O przemijających reakcjach ujemnych podczas picia wód w Morszynie.

Podał
Dr Zygmunt BERNSTEIN (Warszawa).

Jeżeli poruszam ten temat, to składają się na to dwie przyczyny. Po pierwsze to, że dokoła zagadnienia tego utworzyła się wprost legenda i to nie tylko u chorych, ale i u lekarzy, legenda idąca w tym kierunku, że pogorszenie dolegliwości w zdrojach w ogólności, a w Morszynie w szczególności, rokuje poprawę na przyszłość. Zdarzało mi się nawet, że zwracali się do mnie chorzy rozżaleni i zaniepokojeni tym, że stan ich w Morszynie się poprawia, co ma — ich zdaniem, niepomyślne znaczenie rokownicze. Jakkolwiek trudno zaprzeczyć, że w „legendzie" tej tkwi pewne ziarno prawdy, nie mniej jednak nie ulega wątpliwości, że jest ona w tej ogólnej postaci niesłuszna. Bezwzględne wyznawanie zasady tej może nawet kryć w sobie pewne niebezpieczeństwa, a już co najmniej stawiać pod znakiem zapytania wyniki leczenia zdrojowego. Drugą przyczyną, dla której obrałem ten temat, jest fakt, że reakcje te nie są przecież ściśle związane z Morszynem jako takim. Występują one również w toku tak rozpowszechnionego leczenia domowego wodą lub solą morszyńską, czy też środkami solnymi zbliżonymi składem swym do wód morszyńskich.

Nie ulega wątpliwości, że tak zwana reakcja nie jest zjawiskiem jednolitym, że przejawy jej są ogromnie różnorodne, zależne nie tylko od rodzaju choroby zasadniczej, ale i od sumy właściwości osobniczych, oraz sposobu i intensywności leczenia. W toku lat usiłowałem te tak różnorodne odczyny częściowo przynajmniej posegregować, ustalić pewne typy reakcji i ich mechanizm, pato-

genezę, rozpoznanie, znaczenie rokownicze i lecznicze. Rzecz jasna, że stanowi to tylko rozwikłanie części zagadnienia, którego całokształt wymaga żmudnej, wieloletniej pracy, możliwej często tylko w dobrze urządzonym zakładzie.

Przystępując do omówienia szczegółowego, zacznę od odczynów żołądkowych.

Jednym z najczęściej spotykanych odczynów, niekiedy nawet bardzo uporczywych, jest tak zw. zespół hiposteniczny. Zaraz, lub w krótki czas po przyjęciu pokarmów występuje uczucie pełności, rozpieranie, niekiedy gniecenie i tępy ból w dołku podsercowym. Chorzy mają wrażenie, że pokarmy zalegają w żołądku godzinami, czują się wtedy ociężali, niezdolni do koncentracji. Niektórzy skarżą się również na nudności i niesmak w ustach, inni na dolegliwości ze strony narządu krążenia, jak bóle o typie dławiczym, skurcze dodatkowe. Przedmiotowo stwierdza się zwykle niewiele, poza utrzymującym się dłuższy czas po jedzeniu pluskaniem w nadbrzuszu. Zespół ten występuje bądź to po raz pierwszy w życiu, bądź też istniał już przed tym, a wzmógł się podczas leczenia. Są to często chorzy, którzy niedawno przebyli wyczerpujące choroby, z reguły osobnicy prowadzący siedzący tryb życia; konstytucja przeważnie asteniczna, ciśnienie tętnicze krwi niskie. Okoliczności te tłumaczą ten typ reakcji, polegający na niewydolności ruchowej mięśniówki żołądka. Momentem wyzwalającym najczęstszym jest nadmierna ilość pitych wód; momentem sprzyjającym są zabiegi cieplne, niedożywienie, bezsenność. Zespół opisany nasila się nieraz do tego stopnia, że dalsze leczenie zdrojowe, nieuwzględniające tego odczynu, staje się zupełnie niemożliwe. Leczenie właściwe daje natomiast wynik najczęściej pewny i szybki, umożliwiając dalsze leczenie zdrojowe. Polega ono na podawaniu wód o mniejszej objętości, lecz większym stężeniu, stosowaniu goryczek, strychniny w dawkach wzrastających (do 9 mgr dziennie), zabiegów wodoleczniczych chłodnych, miesienia brzucha, diety ubogiej w płyny, a bogatej w ciała wyciągowe.

Drugim z kolei nierzadkim odczynem jest uporczywa zgaga przy normalnej lub wyższej kwasocie żołądkowej. Jakkolwiek bardzo znaczna większość chorych traci zgagę już w krótki czas po przybyciu do Morszyna, nie mniej zdarzają się tacy, którzy reagu-

ją pogorszeniem, a nawet tacy, u których występuje ona po raz pierwszy w toku leczenia zdrojowego. W przypadkach tych przynoszą alkalia ulgę tylko chwilową.

Początkowo trudno mi było zorientować się w mechaniźmie tego zjawiska. Przypuszczałem, że widocznie niektórzy chorzy reagują na wody morszyńskie opacznie zwiększeniem wydzielania kwaśnego soku żołądkowego, zaburzeniami ruchowymi wpustu żołądka, czy też przeczulicą błony śluzowej przełyku. Jednakowoż dalsze spostrzeganie przekonało mnie o niesłuszności tych poglądów. Zwróciłem mianowicie uwagę na to, że w niektórych przypadkach, reagujących zespołem hipostenicznym, spotyka się również zgagę, jakkolwiek nie wysuwa się ona na czoło objawów. Co ciekawsze, ustępuje ona wśród leczenia, skierowanego wyłącznie na niedowład mięśniówki. Zachęcony tym, mimo zastrzeżeń teoretycznych, zastosowałem w przypadkach, reagujących zgagą na leczenie morszyńskie, leczenie jak w wyżej omówionym zespole hipostenicznym. Wynik był w znacznej części tych przypadków bardzo szybki i to, mimo podawania goryczek, strychniny itd. Należy stąd wnioskować, iż mechanizm w niektórych przynajmniej przypadkach tej grupy, jest taki sam, jak w zespole poprzednim. Znaną jest zresztą rzeczą, że zalegający w żołądku pokarm drażni śluzówkę, wywołując nadmierne wydzielanie soku, a nawet nieżyt śluzówki.

W innych schorzeniach żołądka, na przykład w zespołach hiperstenicznych, wywołanych wrzodem, nieżytem, czy też przyczynami zewnątrzżołądkowymi, nie widywałem reakcji ujemnych.

Przechodząc do odczynów innych odcinków przewodu pokarmowego, zatrzymam się przede wszystkim na przewlekłych zapaleniach wyrostka robaczkowego. Należałoby się właściwie spodziewać, że we wszystkich tych przypadkach występuje podczas leczenia zdrojowego odczyn ujemny. Nie mniej spostrzegałem 13 przypadków, wykazujących typowy zespół podmiotowy, fizykalny i rentgenowski, reagujących na leczenie morszyńskie ustąpieniem dolegliwości. Większość tych przypadków widziałem wielokrotnie w odstępach rocznych; u wszystkich tych chorych ustąpiło istniejące przed tym zaparcie. W wielu jednak przypadkach występuje reakcja ujemna, nakazująca zaniechanie dalszego leczenia. Zachodzi pytanie, czy możemy przewidzieć wynik leczenia. Zdaje

mi się, że niestety, tylko w niektórych przypadkach. W moich przypadkach widziałem stale pogorszenie w stanach zapalnych wtórnych, czyli będących następstwem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ta grupa nie nadaje się zatem zupełnie do leczenia morszyńskiego. W przypadkach pozostałych, w których stan zapalny ma od początku charakter przewlekły, wyniku nie można, niestety, z góry przewidzieć. Pozostałoby jeszcze wytłumaczenie tak biegunowo różnego efektu wód morszyńskich w przypadkach pozornie identycznych, należących do tej drugiej grupy. Możliwe, że poprawa, lub pogorszenie zależy od różnej patogenezy i różnego obrazu anatomicznego przypadków, które pod względem klinicznym obejmujemy wspólnym mianem pierwotnych przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego. I tak na przykład, jedna grupa autorów utrzymuje, że stan zapalny zaczyna się w samej ścianie wyrostka robaczkowego, że stąd przechodzi na śluzówkę i otrzewną, pobudzając ją do procesów wytwórczych, że sprawa przechodzi w dalszym ciągu na kątnicę, wstępnicę, woreczek żółciowy, szerzy się w głąb naczyniami limfatycznymi, zajmując w końcu całą prawą część brzucha („dextrite"). Możliwe, że są to właśnie przypadki, reagujące pogorszeniem. Inna grupa autorów z Porgesem na czele utrzymuje, że większość przypadków tak zw. przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego polega na nieżycie kątnicy, wywołanym długotrwałym zaparciem. Usunięcie zaparcia powoduje ustąpienie dolegliwości. Zdaniem ich, rola usunięcia wyrostka polega tylko na uregulowaniu wypróżnień, występującym — z bliżej nieznanych przyczyn — po zabiegu operacyjnym. Możliwe, że przypadki należące do tej właśnie grupy poprawiają się w Morszynie.

Leczenie zdrojowe nieżytów jelita grubego, musi być niezwykle ostrożne, stopniowane, wody należy podawać w sposób frakcjonowany, chorych należy często kontrolować. Często należy kontrolować kał, aby dostosować dietę do chwilowego stanu trawienia. Przy zaniechaniu tych środków ostrożności występują niemal nieuchronnie reakcje ujemne, często burzliwe i rokowniczo niekorzystne. Wyjątkiem jest nieżyt, wywołany długotrwałym zaparciem *(„diarrhée fausse")*. Tu można stopniowo dojść do znacznych stężeń wód nie tylko bez pogorszenia, ale z pożytkiem dla chorego.

Niekiedy odczyn ujemny może mieć znaczenie bardzo doniosłe dla rozpoznania cierpienia dotychczas utajonego. I tak widziałem dwa przypadki, w których wystąpiły podczas leczenia zdrojowego objawy podostrej niedrożności jelita grubego. W przypadku pierwszym skargi dotyczyły trwającego od lat zaparcia. Wszystko wskazywało na niepowikłane pierwotne zaparcie nawykowe. Po wystąpieniu objawów niedrożności stwierdziłem raka prostnicy. W przypadku drugim chory również skarżył się na zaparcie. Dopiero objawy niedrożności skierowały uwagę na istnienie zwężenia. Lawatywa kontrastowa wykazała raka esicy.

Chciałbym jeszcze dodać kilka słów odnośnie do reakcji w przebiegu leczenia zaparcia. Należałoby się mianowicie spodziewać pogorszenia w przypadkach zaparcia kurczowego, leczonego klasycznie spokojem, dietą ubogą w błonnik, środkami przeciwkurczowymi, a z środków czyszczących najwyżej parafiną, agarem, lub siemieniem lnianym. Środków solnych czyszczących unika się z obawy przed pogorszeniem. Chciałbym podkreślić jednakże, że widziałem w Morszynie bardzo wiele przypadków tej grupy i mogłem się wielokrotnie przekonać, że reagowały one na leczenie nie inaczej niż tzw. zaparcie atoniczne słowem, nie wykazywały pogorszenia, i to przy diecie mieszanej. Warunkiem jest wszakże brak nieżytu jelita grubego. Zgodne to jest zresztą z mnożącymi się głosami przeciw bezkrytycznej ocenie objawów rentgenowskich, towarzyszących zaparciu (F i e s i n g e r, P o r g e s i inni).

Jedną z najważniejszych i najczęstszych chorób, leczonych w Morszynie, są schorzenia dróg żółciowych. Tu też byłoby rzeczą niezmiernie ważną przeprowadzenie analizy reakcji, a przede wszystkim znalezienie podstaw, umożliwiających przewidywanie ich i ocenę rokowniczą. Niestety, muszę stwierdzić, że nie udało mi się to mimo kilkuletniej pracy w tym kierunku. Winy należy szukać niewątpliwie w tym, że czynniki warunkujące reakcję i jej znaczenie są niezwykle złożone. Prawdopodobnie zależy to od rodzaju schorzenia (kamica, zapalenie, dyskineza), jego rozciągłości, umiejscowienia, nasilenia, etiologii, warunków inkretorycznych, humoralnych, neurowegetatywnych, psychicznych, schorzeń współistniejących itd. Faktem jest jednakże, że zgodnie z „legendą", o której na początku wspomniałem, wielu chorych, których stan

w Morszynie się pogarsza, ma się później dużo lepiej, a nawet traci dolegliwości. Nie jest to wszakże regułą: może być długa poprawa bez reakcji ujemnej, może jej nie być mimo wystąpienia reakcji. Ocena wyniku jest więc dopiero możliwa w dłuższy czas po leczeniu.

W końcu chciałbym jeszcze kilka słów poświęcić odczynowi ogólnemu. Nie rzadko mianowicie zgłaszają się do lekarzy chorzy, którzy na picie wód morszyńskich reagują zmęczeniem, osłabieniem, brakiem apetytu, bólami głowy, drażliwością, lub apatią. bezsennością w nocy lub sennością w dzień. Obok przypadków, wykazujących jasną przyczynę, jak np. nadmierna ilość zabiegów, zbyt forsowne leczenie odtłuszczające, pierwotna bezsenność itd., pozostają jednak chorzy, u których żaden z tych powodów nie wchodzi w rachubę. Na patogenezę tego zespołu naprowadziło mnie przypadkowo badanie moczu. Przez omyłkę wkropliłem mianowicie do moczu takiego chorego rozczyn azotanu srebra. Spostrzegłszy tę omyłkę zwróciłem jednak uwagę na bardzo nieznaczne zmętnienie moczu. Stąd zrodziło się przypuszczenie, że przyczyną powyższych objawów może być niedobór chlorku sodu w ustroju. Jak później stwierdziłem, byli to chorzy, którzy z pewnych przyczyn pili wodę morszyńską, zawierającą tylko nieznaczną ilość NaCl i to chorzy, reagujący silną biegunką, tracący w ten sposób sól kuchenną. Podawanie NaCl, zwłaszcza dożylnie, usuwało natychmiast wszystkie dolegliwości.

Jak zaznaczyłem, typy reakcji tu wyszczególnione nie obejmują, oczywiście, całokształtu odczynów ujemnych. Nie mniej zdaje mi się, że nawet te, które tu wymieniłem, mają znaczenie dość doniosłe, ponieważ niekiedy uniemożliwiają leczenie wodami morszyńskimi, zlekceważone zaś mogą wywołać mniej lub bardziej trwałe pogorszenie choroby, dla której wyleczenia chory poddaje się leczeniu wodami zdrojowymi. Znajomość tych odczynów i ich leczenia daje natomiast lekarzowi często możność opanowania ich, a przynajmniej możność ich oceny odnośnie do rozwoju choroby.

Kilka uwag o roli Morszyna w lecznictwie konstytucyjnym

Odczyt wygłoszony w Polskim Towarzystwie Gastrologicznym dn. 23.III.1939.

Podał
Dr Stanisław RAWICZ (Morszyn Zdrój).

W porównaniu z banalnym nawet środkiem farmaceutycznym opracowanie kliniczne i farmakologiczne zdrojowisk jest więcej niż skromne. Przebadanie żółcio czy moczopędnego działania wody z danego źródła, stwierdzenie takiego czy innego działania farmakologicznego wody mineralnej, nie jest absolutnie jednoznaczne z całokształtem leczenia zdrojowego. Szereg czynników klinicznie niemożliwych do przebadania, jak zmiana warunków, otoczenia, klimatu, do czego dochodzi leczenie dietetyczne, wodami pitnymi i leczenie fizykalne różnego rodzaju i natężenia, daje dopiero w sumie pewien złożony efekt, którego rozbicie na poszczególne składniki jest b. trudne lub wręcz niemożliwe. Dlatego ocena efektów leczniczych danego zdrojowiska jest raczej empiryczna i natury ogólnej.

Z pewnym zażenowaniem wybrałem lecznictwo konstytucyjne w Morszynie jako temat dzisiejszego odczytu. Zdaję sobie dobrze sprawę, że na poparcie moich słów nie mogę się powołać na szeregi cyfr i skomplikowanych badań, stwierdzić jedynie będę mógł pewien stan rzeczy, rzeczywiście istniejący.

Leczenie konstytucyjne, którego podstawą jest uwzględnienie w pierwszym rzędzie konstytucji osobniczej, a leczenie schorzenia narządowego, miejscowego jest drugoplanowe, doskonale mieści się w leczeniu zdrojowym. Określenie jak „łagodna kura-

cja“ lub „kuracja zbyt ostra dla tak delikatnej osoby“ w ustach wybitnych, naukowo zorientowanych lekarzy nadaje praktyczne i życiowe prawo obywatelstwa dla tego rodzaju ujmowania lecznictwa.

Nauka uważa konstytucję za pewien zbiór cech osobniczych, odziedziczonych i niezmiennych. Nie należy z tego wyciągać nihilistycznych wniosków, jeśli idzie o lecznictwo konstytucyjne. Celem terapii konstytucyjnej jest nie zmiana konstytucji osobniczej, ale odmiennie ujęte leczenie zależnie od konstytucji, oraz wpływ na pewne patologiczne zespoły humoralne, konstytucją uwarunkowane, a które określimy jako pewnego rodzaju usposobienie patogenetyczne. Podstawą tych rozważań jest podział Kretschmera na 3 typy somatyczne — asteniczny, atletyczny i pikniczny. Przy względnej rzadkości typów czystych, rozstrzygającym dla kierunku leczenia jest przewaga jednego typu nad drugim, co nazwałbym zabarwieniem konstytucyjnym. Jest to rzecz z punktu widzenia praktycznego niezmiernie ważna, gdyż zabarwienie konstytucyjne zmienia się zależnie od warunków życia, chorób, wieku itd. Przewaga pikniczna uwidacznia się przede wszystkim w zależności od wieku osobnika często dopiero okres po 30-tym roku życia cechuje sie wystąpieniem i przewagą cech pikniczych. Podobnie i tryb życia warunkuje występowanie zabarwienia konstytucyjnego. Wśród warstw fizycznie pracujących w typach mieszanych uwidacznia się przewaga asteniczna i atletyczna, wśród warstw zamożnych — przewaga zabarwienia piknicznego. Ta zmienność zabarwienia konstytucyjnego pozwala na bardziej optymistyczne ujęcie leczenia konstytucyjnego. Zależnie od czasowego zabarwienia konstytucyjnego dany osobnik ujmowany być może z punktu widzenia lecznictwa jako piknik lub astenik.

W leczeniu konstytucyjnym u pikników przeczyszczenie odgrywa rolę pierwszorzędną. W słownictwie terapii konstytucyjnej pod przeczyszczeniem rozumie się kilkakrotne wypróżnienie z biegunką, dla tego też do wywołania przeczyszczenia nie nadają się środki pobudzające tylko perystaltykę jelita grubego, jak podofilina, fenalftaleina, aloes, lub środki mechaniczne jak agar-agar, parafina, ale środki ostrzej działające, ściągające wodę, przede wszystkim gorzka sól i senes. Celem tego leczenia jest wywołanie biegunki

i tą drogą oczyszczenie pewnych zaległości. Znaczenie oczyszczenia „katharsis“ przez przewód pokarmowy wysoko było oceniane przez wiele wieków przez lekarzy. Oczywiście wiele w tym było przesady; twórcy i wyznawcy powiedzenia „qui bene purgat bene curat“, byli gorszymi fizjologami i chemikami, ale doskonałymi obserwatorami. Nazwa soli glauberskiej „sal mirabile Glauberi“ świadczy o tym, jakie znaczenie przypisywano czyszczącym właściwościom tej soli.

Klasyczna akademicka medycyna posługuje się środkami przeczyszczającymi jako środkami objawowymi przede wszystkim w przypadkach zaparcia stolca, zapomina jednak o tym, że przeczyszczenie ujęte też być może w sensie zabiegu ogólnie leczącego. Dla ilustracji podaję następujące pospolite spostrzeżenia: Chory l. 56 z nadwagą około 20 kg, z dużym obwisłym brzuchem, skarży się na ogólne osłabienie, wzdęcia, uczucie ciężkości w jamie brzusznej. Wypróżnienia regularne. Leczony był bez skutku prep. diuretycznymi, strychniną, środkami żółciopędnymi oraz dietą, której zresztą, jak przyznaje, nie bardzo przestrzegał. Przy badaniu stwierdza się tętno 76, miarowe, tony serca ciche, duże wzdęcie brzucha, którego powłoki są dość wiotkie, wątroba sięga 3 palce niżej łuku żebrowego o tępym brzegu, nieznacznie na ucisk wrażliwa. Żadnych objawów niedomogi krążenia nie stwierdza się. Akademickie rozpoznanie napotyka na pewne trudności; jest to przypadek otyłości z objawami zastoju w krążeniu wrotnym. Leczenie domowe było bezskuteczne. Z konstytucyjnego punktu widzenia mamy tu do czynienia z typowym piknikiem, z zespołem dolegliwości określanych dawniej jako *„plethora abdominalis“*. W myśl wskazań lecznictwa konstytucyjnego należałoby zrobić mu upust krwi i energicznie przeczyścić. Chory doskonale zareagował na samo przeczyszczenie; na skutek szybkiej utraty wody ubyło mu w pierwszych kilku dniach 2 kg. Zachęcony tym, chory z łatwością poddał się przepisanej beztłuszczowej diecie, skrupulatnie jej przestrzegał i wyjechał w doskonałym samopoczuciu, straciwszy 6 kg.

Przypadek drugi, tyczy kobiety 36-cio letniej, od 13 lat zamężnej. Nie rodziła i nie roniła, od chwili zamążpójścia przybyło jej na wadze przeszło 20 kg i w chwili obecnej waży 84 kg przy

wzroście 158 cm. Od 2 lat miewa miesiączki b. nieregularne w odstępach 3—4 miesięcznych i b. skąpe. Leczona była wstrzykiwaniami foliknliny, hormonu gonadotropowego i ciałka żółtego, przeszła kilka serii masywnych kuracji hormonalnych, miesiączki jednak nie uregulowały się. Chora przeprowadziła kurację odtłuszczającą dietetyczną i wodami przeczyszczającymi, przy czym odstawiono wszystkie inne lekarstwa. W ciągu miesiąca ubyło jej 11 kg i wystąpiła samoistnie obfita miesiączka. Chorą mam możność spostrzegać 3-ci rok, ma zupełnie regularne miesiączki i waży obecnie 69 kg.

Zwalczanie otyłości musi być w takich przypadkach podstawą leczenia konstytucyjnego, towarzysząca otyłości pełnokrwistość, cechująca się czerwonym karkiem, lekką zwyżką ciśnienia, powiększoną wątrobą, zazwyczaj reguluje się równolegle do ubytku na wadze. Jak poprzednio zaznaczyłem, cechy konstytucji piknicznej nasilają się z wiekiem, dlatego częściej spotyka się, opisany w pierwszym przypadku zespół u ludzi starszych. Jak gdyby instynktownie ludzie starsi przywiązują dużą wagę do codziennego obfitego wypróżnienia, czyniąc z tego często sprawdzian swego dobrego samopoczucia. Dlaczego by lekarze mieli zrezygnować z tak sprawdzonej w życiu codziennym i praktycznie ugruntowanej obserwacji? W Morszynie mam codziennie możność stwierdzenia obiektywnych i psychicznych skutków przeczyszczenia u chorych tej kategorii.

Z konstytucją pikniczną łączy się skłonność do występowania schorzeń tzw. przemiany materii. Zaburzenia dotyczyć mogą wszystkich organicznych i nieorganicznych składników gospodarki ustroju. Próby laboratoryjnego ujęcia podziału tych chorób, jak dotychczas, nie są zadawalające. Najczęściej z konstytucją pikniczną związany jest zespół dolegliwości zwanych potocznie artretycznymi, których matką jest klasyczna podagra S y d e n h a m a. Wspólnie z L a n d s b e r g i e m, opierając się na badaniach (częściowo ogłoszonych w Warsz. Czas. Lek. wrzesień 1938) nad koloidami ochronnymi w surowicy krwi, uważamy, że podstawę dolegliwości artretycznych stanowi niestałość układów koloidowych wszystkich płynów tkankowych. Tłumaczy to i pozwala na jednolite ujęcie równoczesnego występowania procesów krystalizacyjnych w moczu, żółci, skórze, stawach, naczyniach, przy czym kwas

moczowy niekoniecznie odgrywać musi najważniejszą rolę. Nie muszę przypominać jak często piknicy np. z kamicą żółciową skarżą się na bóle stawowe, postrzały, mają nieco podwyższone ciśnienie. Z punktu widzenia lecznictwa ma to duże znaczenie; bez względu na przewagę tego czy innego objawu, leczenie konstytucyjne podstawowe jest w tych przypadkach identyczne. Oczyszczający, odprowadzający zabieg, jakim jest przeczyszczenie, mobilizuje wodę ustrojową, ułatwiając wydzielanie łatwo krystalizujących składników płynów tkankowych. To „odprowadzenie" na jelita może być wzmocnione odprowadzeniem na skórę pod postacią zabiegów napotnych, przegrzewających, jak np. szafka parowa, kąpiel borowinowa lub borowinowe okłady.

Celem leczenia konstytucyjnego jest dążność do pewnej równowagi ustrojowej przez usunięcie nadmiaru względnie uzupełnienie braków, dlatego też wywody te nie wyczerpują całości lecznictwa konstytucyjnego typu piknicznego. Często u pikników stwierdza się niskie ciśnienie, wiotkie obwisłe powłoki brzuszne, wiotkie mięśnie kończyn, zaparcie stolca. Są to objawy świadczące o mniejszej wartościowości tkanki mięśniowej gładkiej i prążkowanej. W tych razach leczenie „resolwująco-depletoryczne" połączyć należy z leczeniem „tonizującym". Dla tych przypadków w grę wchodzą bodźce naskórne naczynio-ruchowe pod postacią zabiegów wodoleczniczych, kąpieli gazowych, masaży oraz odpowiednia gimnastyka. W świetle tych przesłanek Morszyn jest typowym uzdrowiskiem dla pikników z nadwagą bez względu na charakter skarg szczególnych, czy to schorzenia wątroby i dróg żółciowych, czy tzw. choroby przemiany materii, jak grupa schorzeń dnawych, choroby alergiczne, przypadki łagodnie przebiegającej miażdżycy większych pni naczyniowych.

Zdrojowe leczenie typów astenicznych musi być w Morszynie szczególnie ostrożnie przeprowadzone. Astenicy b. są wrażliwi na utratę wody tkankowej, łatwo się wysuszają i czują się wtedy b. źle. Dlatego też wody morszyńskie muszą im być podawane w ilości najmniejszej potrzebnej do jednorazowego wypróżnienia, a równocześnie należy starać się zrównoważyć utratę nawet małych ilości wody przez doprowadzenie odpowiedniej ilości płynów. Zabiegi pobudzające pod postacią solanek ew. z dodatkiem kwasu węglo-

wego znakomicie przyczyniają się do podniesienia samopoczucia. W przypadkach większej astenii należy uciec się do środków farmakologicznych lub nawet zrezygnować z podawania wód gorzkich. Atmosfera uzdrowiskowa i wypoczynek w dużej mierze ułatwiają zadanie lekarza.

Protokuły posiedzeń Polskiego Tow. Gastrologicznego.

Posiedzenie dnia 22 lutego 1939 r.

Obecnych 40. Przewodniczy Wejnert.

S. Frank demonstruje pacjenta z dużym guzem w podżebrzu lewym, który uważa za pakiet gruczołów gruźliczych.

J. Nusbaum po zbadaniu pacjenta wyraża przypuszczenie, iż mamy do czynienia z nadnerczakiem, który, jak wiadomo, przez dłuższy czas może nie dawać objawów.

Kol. Goldfarb przytacza przypadek obserwowany na oddz. Dra Fejgina, który dotyczył guza w podżebrzu prawym. Wszelkie badania nerek, jak pyelografia, badanie nerek czynnościowe, wypadły ujemnie, mimo to przy operacji guz okazał się nadnerczakiem. Należałoby i w tym przypadku, zanim wykluczy się nerkę, dokonać pyelografii.

Kol. Szenicerowi demonstrowany przypadek przypomina dwa znane mu, bardzo podobne: jeden z nich okazał się paraganglioma, drugi — lipoma retroperitoneale. Przypadek wydaje się dostępny dla próby leczenia operacyjnego.

Zdaniem kol. Selliga, podnoszona w dyskusji możliwość, że twór jest guzem nerki, jest zupełnie nieprawdopodobna. Guzy nerki bowiem leżąc pozaotrzewnowo z tyłu przemieszczają zstępnicę ku przodowi i na zewnątrz. W danym przypadku zstępnica leży z tyłu poza guzem, który uciskują od przodu. Wykluczając klinicznie guz ogona trzustki, rozpoznanie rentgenologiczne idzie w kierunku guza krezki (lymphomata?), zwłaszcza w związku ze zmianami specyficznymi w płucach.

M. Orzech zwraca uwagę, że ostatnio duże guzy jamy brzusznej zdarzają się częściej. Opierając się na niedawno spostrzeganym, operowanym przypadku, dopuszcza możliwość obecności guza ogona trzustki.

M. Lubelski nie wyklucza nadnerczaka, ponieważ guzy nerki często odpychają okrężnicę zstępującą ku wewnątrz i wymacują się tuż pod ścianą brzuszną. L. operował duże guzy w podżebrzu lewym: były to lymphomata pozaotrzewnowe. Przed paru laty L. operował pacjenta z guzem w lewym podżebrzu; rozpoznanie mimo przeprowadzonych wszelkich badań nie było ustalone. Przy zabiegu stwierdzono, że na długiej szypule zwisał guz wątroby, który łatwo dał się usunąć. Należy wreszcie pamiętać o bąblowcu wątroby i kilakach.

Zdaniem Fejgina, niesłuszne jest stanowisko diagnostyczne w tak trudnych i wątpliwych przypadkach, jak obecny, polegając na twierdzeniu, że pewna możliwość jest zupełnie wykluczona i nie potrzeba robić nawet pyelografii. Słuszniejszym wydaje się wypowiedzenie pewnych przypuszczeń pozytywnych. Ale ograniczanie swych możliwości różniczkowych przez negowanie a priori pewnych możliwości zwęża ogromnie teren rozumowania i pozbawia często cennych dodatkowych informacji. Dlatego też F. uważa, iż nie można w danym przypadku a priori wykluczyć możliwości nadnerczaka, wzgl. guza nerki — za czym przemawiać się zdaje szereg momentów klinicznych (chociażby balotowanie guza ku tyłowi). Zdaniem F. należy wykonać pyelografię.

P. Goldstein przedstawia 2 przypadki zapaleń pęcherzyka żółciowego z powikłaniami:

Przypadek I-szy.

Jakubowicz Maria, lat 49, zamężna.

Przed 25 laty po porodzie dostała ataku silnych bólów w prawym podżebrzu, w połączeniu z wymiotami, dreszczami i gorączką do 39°. Wystąpiła lekka żółtaczka, mocz ciemny, kał odbarwiony. Przeleżała wówczas 6 tygodni w łóżku. Po przebytej kuracji w Karlsbadzie nastąpiła długotrwała poprawa. Od czasu do czasu narzekała na lekkie bóle wątroby. Po 10-ciu latach wystąpił znów silny atak bólów, tym razem bez gorączki, natomiast wystąpiła wyraźna żółtaczka. Od tego czasu napady występują coraz częściej

i o większym nasileniu, a od sześciu miesięcy, pomimo stałego przebywania w łóżku i ścisłej diety ataki bólowe powtarzają się po kilka razy dziennie, połączone ze ściskaniem w dołku, odbijaniem, częstymi wymiotami i podwyższoną ciepłotą. Utrzymywał się przewlekły stan podżółtaczkowy.

Przed 5-ciu miesiącami z powodu obfitego krwawienia macicznego dokonano wyłyżeczkowania śluzówki macicy. Po zabiegu tym chora dostała zawału płuca prawego, powikłanego wysiękowym zapaleniem opłucny prawej. Przez szereg tygodni chora była w stanie bardzo ciężkim, po czym bardzo powoli wróciła do stanu względnego zdrowia. Chora była w stanie wybitnego wyniszczenia, ważyła zaledwie 46 kg i mimo wysiłków lekarzy i otoczenia nie przybierała na wadze. Wówczas, opiekujący się pacjentką Dr Anastazy Landau zalecił zabieg operacyjny, jako jedyny środek rokujący nadzieję całkowitego wyleczenia. Po odpowiednim przygotowaniu do operacji w domu chora w dniu 10.X.38 przybyła do Zakładu, a w dniu 11.X.38 była poddana operacji.

W uśpieniu dożylnym Sennarcolem, cięciem równoległym do prawego łuku żebrowego otwarto jamę brzuszną. Pod wybitnie powiększoną wątrobą stwierdzono woreczek żółciowy powiększony wypełniony kamieniami w mocnych zrostach z siecią, poprzecznicą, żołądkiem i 12-nicą. Po wydzieleniu go ze zrostów i odseparowaniu przewodu pęcherzykowego, odcięto woreczek uprzednio podwiązawszy tętniczkę (a. cystica). Wówczas przesądowano i sprawdzono przewody wątrobowy i wspólny i przekonawszy się o prawidłowym wydzielaniu żółci i braku złogów pozostawiono w łożysku drenik gumowy i kilka sączków i zeszyto powłoki brzuszne warstwowo. W pęcherzyku stwierdzono mętną, ropiastą żółć i obecność 83-ch kamieni.

W ciągu pierwszych dwóch tygodni po operacji chora cierpiała na uporczywe wymioty, nie dające się niczym opanować. Gojenie się rany miało przebieg normalny. Po 6-ciu dniach usunięto dren, po następnych czterech dniach sączki. Ciepłota utrzymywała się w granicach do 37,7° i nie znajdowała dostatecznego wytłumaczenia w wyglądzie rany. Chora w dalszym ciągu uskarżała się na bóle i ściskania w nadbrzuszu, co w połączeniu ze stanami podgo-

rączkowymi wskazywało na trwający stan zapalny w drogach żółciowych, lub w okolicy brodawki Vatera.

W czwartym tygodniu po operacji nagle z rany zaczęła się wydzielać obficie żółć, przy czym wystąpiło całkowite odbarwienie stolców. Stan ten utrzymywał się w ciągu dwóch tygodni. Prócz środków farmaceutycznych zastosowano zgłębnikowanie 12-nicy i przepłukiwanie 30% roztworem $MgSO_4$. Po kilku przepłukiwaniach otrzymano treść 12-niczą zabarwioną żółcią. Powoli stan chorej zaczął się poprawiać wydzielanie żółci z przetoki stawało się skąpsze, a stolce nabrały normalnego zabarwienia. Na pewien czas przetoka żółciowa zamknęła się. Niestety stan ten nie trwał zbyt długo i już mniej więcej po tygodniu z przetoki zaczęła się ponownie wydzielać żółć. Prócz poprzednio zastosowanego leczenia dodano nagrzewanie okolicy wątroby i 12-nicy krótkimi falami z myślą zadziałania na niewątpliwie jeszcze istniejący obrzęk zapalny w przewodach żółciowych względnie w okolicy brodawki Vatera. (Trzustka). Dopiero po kilkotygodniowym leczeniu przetoka całkowicie się zamknęła i chora wypisała się z Zakładu.

Przypadek powyższy pozwalam sobie demonstrować z tego względu, że pomimo niewątpliwego braku przeszkody mechanicznej spowodowane błędem technicznym (pozostawienie kamienia w przewodach, lub brodawce Vatera, podwiązanie względnie przecięcie przewodu wątrobowego lub wspólnego) wystąpiło tak poważne powikłanie w przebiegu pooperacyjnym.

Prawdopodobnie przyczyny powyższego powikłania szukać by należało w długoletnim trwaniu schorzenia i głębokich nieodwracalnych zmianach anatomicznych dróg żółciowych i sąsiadujących organów, zwłaszcza w trzustce.

Przypadek II-gi.

Cukier Chawa, lat 44, zamężna, Warszawa.

Od sześciu lat silne bóle napadowe w prawym podżebrzu, promieniujące do prawej łopatki i kręgosłupa, połączone z wymiotami i wzdęciem brzucha. Żółtaczki nie miała. W ostatnich miesiącach ataki bólowe powtarzały się tak często, że chora nie zdolna była do żadnej pracy. Cholecystografia dożylna wykazała obecność dwóch większych kamieni w woreczku żółciowym. Stan obecny. Narządy klatki piersiowej bez uchwytnych zmian. W jamie brzusznej poza

nieco powiększoną wątrobą i lekką bolesnością okolicy woreczka żółciowego żadnych oporów ani bolesności nie stwierdza się. Chora wzrostu niskiego, tęga o bladych powłokach i śluzówkach.

12.XII.38 operacja w uśpieniu eterowym. Cięcie Kochera. Wyłoniono pęcherzyk i bez większych trudności usunięto go w sposób typowy podotrzewnowo. Jamę brzuszną zaszyto warstwowo, pozostawiając w łożysku woreczka drenik gumowy i dwa sączki gazowe. W pęcherzyku znaleziono 2 duże kamienie, odpowiadające cieniom ujemnym na zdjęciu i nieco żwiru.

Już trzeciego dnia po operacji chora zaczęła narzekać na ostre bóle pod prawą łopatką i duszność. Badanie fizykalne wykazało stłumienie od kąta łopatki w dół, zniesienie drżenia głosowego i oddech oskrzelowy oddalony. Zastosowano z polecenia internistów cały szereg zabiegów i leków, jednak stłumienie nie znikło całkowicie, chociaż się nieco zmniejszyło. Ciepłota początkowo niewysoka, w trzecim tygodniu zaczęła wykazywać skoki do 38,7. Wówczas dokonano nakłucia opłucny prawej i wydobyto około 400 cm^3 płynu surowiczo-ropnego z którego wyhodowano czysty szczep paciorkowca hemolizującego. Chora była leczona zachowawczo. Po 23-ch nakłuciach i przemywaniach jamy opłucny roztworem alkoholu i innymi płynami odkażającymi udało się doprowadzić pacjentkę do stanu prawie całkowitego wyleczeria i w tym stanie wyjechała na wieś.

Przyczyny tak szybkiego powstania dużego wysięku ropnego opłucny należy szukać w zawale zakażonym paciorkowcem hemolizującym, którego siedliskiem mogły być drogi żółciowe.

W przypadku tym zasługuje jeszcze na uwagę wyleczenie tak ciężkiego ropnego zapalenia opłucny — drogą zachowawczą.

Według M. L u b e l s k i e g o, w przypadku I-szym powtórny wyciek żółci przez ranę operacyjną mógł być spowodowany nie tylko uciskiem obrzękłej głowy trzustki, lecz również nowym złogiem, który wypadł z przewodu wątrobowego i wywołał powtórne zatkanie brodawki Vatera. Co do powikłania w przypadku II-gim L. stwierdza, że ropne zapalenie opłucny może wystąpić po zwykłym zabiegu w jamie brzusznej w następstwie zawału płuc i infekcyjnego zapalenia opłucny — L. obserwował ropne zapalenie

opłucny u kobiety po zabiegu przepukliny pępkowej; po wycięciu żebra chora wyzdrowiała.

Kol. G l e i c h g e w i c h t przypomina, że operacje na pęcherzyku żółciowym dają często powikłania, między inn. nie zamykanie się przetoki żółciowej pooperacyjnej. Pomimo drenowania dokładnego dróg żółciowych nierzadko pozostaje w nich kamień, zapomniany przez chirurga, a który daje te same objawy po operacji, jak przed zabiegiem (zaniknięcie dróg żółciowych, gorączka, bóle itp.). Należy pamiętać, że mimo usunięcia pęcherzyka żółciowego z kamieniami — pozostaje skaza kamicowa i należy chorych przed każdym zabiegiem dokładnie przygotować, a po zabiegu nadal leczyć.

M. F e j g i n stwierdza, iż wobec częstych stosunkowo nawrotów po operacji na drogach żółciowych — powstać należy z uznaniem próby rentgenowskiego kontrolowania drożności dróg żółciowych przez wprowadzanie lipiodolu przez pozostawiony dren. W ten sposób można często uchwycić czy to pozostawiony złóg czy możliwość wtórnego uniedrażnienia dróg żółciowych przez powstające zagięcia czy zrost.

W. R ó b i n podkreśla, że kamienie żółciowe to nie to samo, co kamica żółciowa. Usunięcie kamieni nie usuwa skazy kamicowej. Stąd też i po operacji usunięcia woreczka żółciowego mogą tworzyć się nowe kamienie. Zasadą winno być usuwanie woreczka c h o r e g o, choć bez złogów. Wówczas wyniki operacyjne są najlepsze. Z drugiej strony samo istnienie kamieni bez objawów zapalnych nie powinno stanowić wskazania do cholecystektomii. I właśnie w tych razach usuwanie kamieni przy zdrowym woreczku — według Róbina — powoduje częste powikłania pooperacyjne.

J. N u s b a u m przypomina pracę Róbina i swoją, gdzie zwrócono uwagę na częste następstwa po operacji usunięcia woreczka żółciowego.

Odpowiadał P. G o l d s t e i n.

P. G o l d s t e i n przedstawia przypadek olbrzymiego guza brzucha oraz przypadek raka w jamie brzusznej, przebiegającego bezobjawowo:

Przypadek I-szy.

Goldman Chana, lat 38, Lublin, panna, urzędniczka.

Podaje, że od kilku lat zauważyła stopniowe powiększenie się objętości brzucha, nie sprawiające żadnych dolegliwości. Przed czterema laty dostała nagle ataku silnych bólów brzucha z zatrzymaniem stolca i wiatrów. Wezwany lekarz stwierdził obecność guza w jamie brzusznej, a objawy niedrożności po zastosowaniu środków przeczyszczających — ustąpiły. Od tego czasu w ciągu czterech lat czuła się jakoby zupełnie dobrze. Ostatnio narzekała na duży ciężar w brzuchu, wzdęcia, odbijania i duszność przy wysiłkach.

Stan obecny. Narządy klatki piersiowej bez uchwytnych zmian, ciepłota prawidłowa, menstruuje prawidłowo co cztery tygodnie. Brzuch wybitnie powiększony, przy obmacywaniu wyczuwają się wielkie guzowatości wypełniające całą jamę brzuszną o twardej, gładkiej powierzchni, miejscami na nich guzki mniejsze. Opukowo stłumienie na całej powierzchni brzucha. Badanie przez odbytnicę wykazało wypełnienie jamy Douglasa guzami.

14.II.39 operacja w uśpieniu eterowym. Cięcie w linii środkowej od wyrostka mieczykowatego aż do spojenia łonowego. Po otwarciu otrzewny wyłoniono olbrzymie guzy, stanowiące jedną masę zwyrodniałej włóknisto macicy. Szczyt guzów wypełniał całkowicie lewą kopułę przepony. Zapadnięte jelita znajdowały się pod wątrobą i wzdłuż kręgosłupa. Przy usuwaniu guzów stwierdzono duży mocny zrost z prostnicą, który na ostro udało się oddzielić. Na prostnicy pozostała twarda gwiaździsta blizna, jaką widujemy przy zmianach rakowatych (scirrhus). Dokonano amputatio supravaginalis, pozostawiając jajnik lewy. Jamę brzuszną zaszyto całkowicie.

Badanie histopatologiczne wycinka guza wykazało utkanie włókniaka macicy (fibromyoma uteri). Guzy dobrotliwe tak wielkie z przerostem na jelito i objawami niedrożności są rzadkie i nasuwają trudności rozpoznawcze.

Przypadek II-gi.

Wajntraub Liba, lat 65, Zamość, wdowa.

Przybyła do Zakładu 16.XII.38 ze skargami na bóle brzucha, które łączyła z istniejącą od wielu lat przepukliną pępkową. Przepuklina ta od kilku miesięcy „stwardniała".

Stan obecny. Tęga, odżywiania dobrego, lekka sinica śluzówek, zależna od stwierdzonych zmian w mięśniu sercowym (my-

ocarditis). Płuca bez zmian. W moczu ślad białka. Brzuch kopulasty, powłoki miernie napięte, duża warstwa tłuszczu, przy dokładniejszym badaniu stwierdza się obecność płynu wolnego w jamie brzusznej. W okolicy pępka twardy, gładki, okrągły guz wielkości jaja gołębiego, zrośnięty ze skórą, nie bolesny. Poza tym nigdzie w jamie brzusznej żadnych oporów nie stwierdzono.

16.XII.38 — operacja, którą rozpoczęto w znieczuleniu miejscowym, następnie dodano narkozę eterową. Okrojono pępek wraz z guzem i otwarto jamę brzuszną. Z jamy brzusznej wylało się ok. 2-ch litrów płynu surowiczego, po czym stwierdzono olbrzymią ilość przerzutów nowotworowych na wszystkich narządach jamy brzusznej, jako też na otrzewnej ściennej i sieci, która tworzyła jednolitą masę nowotworową. Wobec olbrzymiego rozsiania nowotworowego na wszystkich narządach, nie udało się stwierdzić punktu wyjścia sprawy chorobowej. Ranę całkowicie zeszyto.

Stan chorej po operacji zaczął się pogarszać, tak że na 11-ty dzień po operacji chorą zabrano na żądanie rodziny do domu w stanie b. ciężkim.

W przypadku tym zwraca uwagę niewspółmierność objawów klinicznych z daleko posuniętymi zmianami nowotworowymi w jamie brzusznej, których jedynym objawem zewnętrznym, niepokojącym chorą było stwardnienie w dawno już istniejącej przepuklinie pępkowej, traktowane przez lekarza na prowincji, jako częściowe uwięźnięcie przepukliny.

St. Szenicer. *Przypadek operowanego raka woreczka żółciowego, wrastającego do wątroby. Pokaz preparatu.*

56-letnia chora zgłosiła się przed miesiącem do prof. Radlińskiego; w wywiadach podawała powtarzające się od kilkunastu lat napady bólowe, typowe dla kamicy woreczka żółciowego; od 3 miesięcy — w okresach międzynapadowych — odczuwa stały ból w okolicy woreczka. Prof. Radliński stwierdził wówczas pod prawym łukiem żebrowym, w miejscu, odpowiadającym mniej więcej położeniu woreczka, guz wielkości jaja kurzego, spoistości chrząstkowatej, ruchomy oddechowo i dający się przesuwać na boki, mało bolesny. Wątroba swym brzegiem wystawała na 2 palce z pod łuku, górna jej granica znajdowała się w linii sutkowej na wysokości VII żebra; powierzchnia wątroby była gładka. Poza tym nie stwierdza-

ło się w jamie brzucha żadnych nieprawidłowych tworów, objawów wolnego płynu również nie było.

Opierając się na charakterze guza macalnego, prof. Radliński rozpoznał wówczas ca vesicae felleae; oczywiście, nie można było wyłączyć cholecystitis indurativa calculosa.

Chora zgodziła się na zabieg dopiero po upływie miesiąca.

Operację wykonał prof. Radliński dn. 22.II.39 w uśpieniu dożylnym z cięcia Kochera. Woreczek okazał się powiększony, wypchany kamieniami, a z dna jego wyrastał guz wielkości dwóch orzechów włoskich, nierówny, twardy, wrastający w miąższ wątroby przy jej brzegu; guz ten był widoczny na górnej powierzchni wątroby w postaci białawego płaskiego wygórowania o nierównej powierzchni, rozmiarów 3$\times$4 cm.

Prof. Radliński wyciął część płata wątroby na całą jego grubość, w odległości prawie 1 cm od nowotworu; następnie zeszył ranę w wątrobie szeregiem grubych szwów strunowych poprzez całą grubość wątroby; w ten sposób krwawienie zostało opanowane. Z kolei usunął prof. R. woreczek w jednym bloku z wyciętą częścią wątroby. Ranę zaszyto warstwowo, pozostawiając sączek gazowy.

Pokaz preparatu: woreczek zawiera kilkadziesiąt kamieni fasetkowanych, jest on nimi ściśle wypełniony; śluzówka woreczka okazuje się stosunkowo mało zapalnie zmienioną, dno woreczka stanowi twardy guz, który przerasta miąższ wątroby. (Skrawek guza oddano do zbadania histo-patologicznego).

Posiedzenie dn. 22 marca 1939 r.

Obecnych 34. Przewodniczy Wejnert.

Niewiadomski i Rozenfeld przedstawiają przypadek: Krwotok z wrzodu XII-cy po zespoleniu żołądkowo-jelitowym.

Dr Goldstein.

W przypadkach wrzodów dwunastnicy, położonych daleko od oddźwiernika można zastosować sposób Schömachera, polegający na usunięciu kominka śluzówkowego wraz z wrzodem dwunastniczym, co ułatwia potem zeszycie światła dwunastnicy.

W przypadku tym interesujący jest powód wystąpienia tych wielkich krwotoków z wrzodu w kilka godzin po operacji u osob-

nika, który dotychczas wykazywał tylko niewielką domieszkę krwi w kale. Mógł wpłynąć na to uraz mechaniczny (obmacywanie, pociąganie) podczas operacji lub też zmiany w krążeniu, spowodowane przez podciągnięcie do góry pętli odprowadzającej przy zespoleniu z żołądkiem.

Dr Kryński.

Jednym z motywów które skłoniły prelegentów do dokonania tego a nie innego zabiegu był normalny obraz żołądka na stole operacyjnym. W obrazie rentgenologicznym widzimy, że przy podaniu 400 gr pokarmu cm kontrastowego wypełniona jest zaledwie ½ żołądka. Dno jego znajduje się 6 palców poniżej grzebienia. Typowy obraz wydłużenia żołądka w osi pionowej na skutek zwiotczenia włókien mięśni podłużnych z zachowaniem poprzecznych. Wydłużenie żołądka jest skutkiem obciążenia i oczywiście na stole operacyjnym nie występuje.

Żołądki takie mają tendencję do rozstrzeni lub krwawień po zabiegach operacyjnych na skutek zmian naczyniowych.

Uwzględnienie obrazu tego przy zabiegu uchroniło by możliwie od ogłoszonych ujemnych skutków zabiegu.

Róbin: Krwotoki żołądkowe po operacjach żołądkowych zdarzają się nierzadko. R. cytuje pacjenta — lekarza, operowanego właśnie przez Niewiadomskiego w r. 1931 z powodu pęknięcia wrzodu żołądka. Po 2 latach nastąpił krwotok żołądkowy. I dziś znowu, po 8 latach, zachorował na krwotok żołądkowy. Prawdopodobną przyczyną dzisiejszego krwotoku były błędy dietetyczne i nadużycia pokarmowe.

Na ogół za przyczyny krwotoków pooperacyjnych uważane są: 1) zła technika operacyjna i 2) nadkwaśność soku żołądkowego. Ale przy najlepszej technice i braku nadkwaśności krwotoki mogą się zdarzyć.

Wówczas za przyczynę należy uważać sprawę zapalną błony śluzowej żołądka (Gastritis chr. proliferans), która może wytwarzać nowe owrzodzenia w nowych miejscach. Mamy tu znowu jeden z wyrazów tzw. choroby wrzodowej.

Róbin pokazuje nowy zgłębnik żołądkowo-dwunastniczy pomysłu gastrologa paryskiego, Dra Bécart'a.

Właściwości tego zgłębnika opisane są w pracy Dra B é c a r t a, ogłoszonej w ostatnim numerze „G a s t r o l o g i i P o l s k i e j“.

O d c z y t y w y g ł o s i l i:

St. R a w i c z. Kilka uwag o roli Morszyna w terapii konstytucjonalnej.

Z. B e r n s t e i n. O przemijających reakcjach ujemnych przy piciu wód Morszyńskich.
